

University of Groningen

"Veel willen, maar weinig kunnen"

Boonstra, P. W.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2001

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Boonstra, P. W. (2001). "Veel willen, maar weinig kunnen": hartchirurgie in Noord-Nederland. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

“Veel willen, maar weinig kunnen”
Hartchirurgie in Noord-Nederland

Dr. P.W. Boonstra

Logo RUG

“Veel willen, maar weinig kunnen”
Hartchirurgie in Noord-Nederland

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
Bijzonder Hoogleraar
in de Cardiothoracale Chirurgie in het bijzonder
de Myocardiale Revascularisatie,
aan de Rijksuniversiteit Groningen,
in de Faculteit der Medische Wetenschappen
op dinsdag 17 april 2001.

Door

Dr. P.W. Boonstra

Leden van het College van Bestuur van de Universiteit,
Mijnheer de Rector,

Geachte Toehoorders,

Ziek zijn we allemaal wel eens en als je ziek bent wil je graag weer zo snel mogelijk beter worden, met de nieuwste medische behandeling en de beste verzorging, zonder lange wachttijden en dit alles tegen een betaalbare prijs. Iedereen moet toegang hebben tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau van zorg en voor niemand mag de verzekeringspremie een beletsel vormen.

Deze uitgangspunten maken duidelijk dat de gezondheidszorg niet alleen een kwestie is van dokters en pillen, maar bovenal van sociaal-economisch beleid. In veel landen bepalen de sociaal-economische omstandigheden het niveau van de gezondheidszorg in het algemeen en die van kostbare deelgebieden ervan, zoals de Cardiothoracale Chirurgie, in het bijzonder. Hoe beter de sociaal-economische omstandigheden, des te beter is de gezondheidszorg ontwikkeld - zou je denken. Men zou ook kunnen concluderen dat de Cardiothoracale Chirurgie in de westerse wereld goed is ontwikkeld. Dat zal ook wel moeten want immers hart- en vaatziekten zijn voornamelijk welvaartsziekten. Indien we kijken naar de omvang van de Cardiothoracale Chirurgie lijkt die conclusie voor Nederland juist te zijn; per jaar ondergaat tegenwoordig ongeveer 1 op de 1000 inwoners in Nederland een hart-operatie. Daarmee staan wij hoog genoteerd in Europa. Indien we kijken naar de wetenschappelijke bijdragen van Nederland aan de internationale tijdschriften voor Cardiothoracale Chirurgie is die conclusie iets minder duidelijk want de benodigde gegevens zijn moeilijk te achterhalen. Wel kunnen we op basis van schattingen stellen dat de bijdrage uit Europa aan deze internationale tijdschriften de laatste jaren sterk gestegen is en die bijdrage van Amerika bijna overvleugelt. Ook wat betreft wetenschappelijke citatie, dit is het noemen van een wetenschappelijk artikel door collega's, scoren de Nederlandse wetenschappers zeer hoog. In Nederland lijkt het specialisme Cardiothoracale Chirurgie dus de trends van de sociaal-economische omstandigheden in die westerse wereld te volgen wat betreft deze twee facetten; omvang en wetenschappelijke bijdrage. In Nederland en dus ook in Noord-Nederland zou het dus heel erg goed moeten gaan met de Cardiothoracale Chirurgie. Mijns inziens is het tegendeel waar. Ik zal trachten dat aan te tonen door samen met u enkele andere facetten te bekijken.

Ik geef u eerst even een voorbeeld. Huiveringwekkend humoristisch is de Tv-reclame van zorgverzekeraar CZ. Het spotje toont meneer Faber die voor klachten naar het ziekenhuis moet. Maar hij kan niet behandeld worden want er komt een spoedgeval tussendoor. Dat herhaalt zich nog twee keer. In het vierde en laatste deel van het spotje komt een andere patiënt naar het ziekenhuis. Hij moet worden opgenomen maar dat kan niet want er is een spoedgeval tussen gekomen; meneer Faber zelf. Dit voorbeeld geeft de werkelijkheid in de hartchirurgie hier in het AZG zeer indringend weer. De patiënt moet voordat een gewenste ingreep kan plaats vinden, langer wachten dan strikt genomen noodzakelijk is en ook medisch gewenst is. In eerste instantie heeft de patiënt hier veel last van. Hij heeft zelfs een hogere kans om te overlijden terwijl hij op de wachtlijst staat (ref 1). Maar ook het personeel in het ziekenhuis heeft er veel last van. Dagelijks bellen vele patiënten ons opnamesecretariaat om een antwoord te krijgen op hun vraag wanneer ze aan de beurt zijn. En steeds dramatischer worden hun verhalen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ook aan deze kant van de telefoonlijn mensen ziek worden; *wij willen wel, maar we kunnen niet*.

De staat van onze gezondheidszorg is onderhand rampzalig geworden. Leerlingverpleegkundigen moeten in het buitenland stage lopen omdat er in Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende stageplaatsen zijn; de wachtlijsten zijn lang maar de bedden zijn leeg omdat er niet voldoende personeel is. En degene die wil voorkomen dat hij tegen zijn wil te wordt ontslagen uit het ziekenhuis of degene die juist een operatie waarvoor hij lang moet wachten, wil afdwingen, bijvoorbeeld een longtransplantatie, diegene moet dreigen met een advocaat of rechtzaak of nog beter moet dreigen met een journalist die een passend stukje wil schrijven in een krant.

Ik geef u nog een voorbeeld; de problematiek rondom de longtransplantaties in het AZG eind 2000. In 1996 werd door het AZG een evaluatierapport vervaardigd, dat diende om de minister te informeren over de resultaten van de longtransplantaties die hier waren verricht. Enkele aanbevelingen uit het evaluatierapport zijn door de minister van Volksgezondheid overgenomen en resulteerden o.a. in opname van de longtransplantatie in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen. Echter, de aanbeveling om de operatiecapaciteit voor longtransplantaties in Nederland uit te breiden, werd niet overgenomen. Deze operatiecapaciteit werd door de evaluatiegroep als volstrekt onvoldoende beoordeeld om de gehele landelijke behoefte te dekken; deze behoefte werd geschat op wel 50 tot 75 per jaar, terwijl het AZG ongeveer 20 longtransplantaties per jaar verrichtte. Mogelijk heeft de minister zich hierbij bewust of onbewust laten beïnvloeden door de kosten per gewonnen levensjaar voor deze longtransplantatiepatiënten. Deze kosten variëren tussen de fl. 200.000,- en fl. 300.000,-. Hart- en levertransplantaties zijn aanzienlijk goedkoper. Pas 2 jaar later, in

1998, heeft onze minister besloten om meer centra voor multi-organtransplantatie aan te wijzen; naast Groningen waren dat ook Rotterdam, Utrecht en Leiden. Deze centra moesten onderling afspraken maken over de verdeling van de soorten transplantaties. Vervolgens heeft het AZG in 1999 en 2000 meerdere malen de discussie aangezwengeld over het aanwijzen van een tweede en mogelijk zelfs derde longtransplantatiecentrum. Maar er gebeurde niets. Het was slechts een kwestie van tijd voordat de wanverhouding tussen operatiecapaciteit en behoefte aan longtransplantaties tot problemen zou leiden. Die ontstonden in 2000 toen het AZG zijn longtransplantatie programma tijdelijk moest sluiten. Voornaamste oorzaken hiervan waren het tekort aan operatiepersoneel en intensive care capaciteit; het kleine aantal chirurgen was slechts gedurende enkele dagen de oorzaak van de sluiting. Er was dus te weinig operatiecapaciteit voor een te grote vraag naar longtransplantaties; of anders gezegd, *wij wilden wel, maar we konden niet*. Omdat donororganen en met name longen erg schaars zijn en omdat alleen Groningen longen mocht transplanteren, ontstond een precarie situatie. Familie van patiënten en patientenverenigingen trokken direct aan de bel van de advocaat en de journalist - en terecht. Maar waar het AZG jaren voor nodig heeft gehad om een tweede longtransplantatiecentrum elders te starten gelukte toen eind 2000 ogenschijnlijk binnen een week. De minister antwoordde op de problemen in Groningen, met het direct verlenen van toestemming voor het verrichten van longtransplantaties in een tweede centrum en wel in Utrecht en later ook in Rotterdam. In beide centra kunnen binnenkort ongeveer 20 transplantaties per jaar verricht worden. Overigens dient u zich wel te realiseren dat de capaciteit voor longtransplantaties in Nederland daarmee nog steeds niet volledig gedekt is. Immers zoals ik eerder zei is de behoefte in Nederland 50 tot 75 longtransplantaties per jaar. Helaas is het tekort aan donoren op dit moment de belangrijkste factor die er voor zorgt dat wij in Nederland die behoefte nog steeds niet kunnen dekken. Alleen een systeem waarbij iedereen donor is tenzij, lijkt dit probleem op te kunnen lossen. Ik betreurt het dat ons land nog steeds niet in staat is over te gaan tot een dergelijk systeem.

In Nederland is binnen de Cardiothoracale Chirurgie maar ook binnen de Cardiologie het gat tussen wat mogelijk is en wat gerealiseerd wordt, de laatste jaren sterk aan het groeien. Kijk bijvoorbeeld maar naar de sterk groeiende wachttijden voor patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan. Of, kijk naar de beperkingen die aan cardiologen wordt opgelegd om de zogenaamde Gp2b3a remmers te gebruiken bij dotterprocedures. Deze remmers van bloedplaatjes zijn zeer effectief maar ook zeer kostbaar. Dat gat tussen wat mogelijk is en wat gerealiseerd wordt, is een gevolg van een escalatie in het aantal en soorten effectieve behandelingen. Bypassoperaties en implantaties van defibrillatoren zijn enkele andere voorbeelden van zeer effectieve behandelingen. Maar ook hun aantal wordt sterk beperkt door economische motieven. De meeste van dergelijke effectieve behandelingen verbeteren de kwaliteit van leven of verlengen zelfs het leven en kunnen ook als zeer kosteneffectief bestempeld worden. Maar in plaats van kostenverlagend, werken ze juist kostenverhogend. Immers steeds meer patiënten gaan gebruik maken van deze nieuwe levensverlengende mogelijkheden terwijl de risico's juist afnemen. Het paradoxale is dus dat ons toenemend succes bij bijvoorbeeld steeds ouder wordende patiënten en veelal ook bij steeds gecompliceerdere operaties, tevens onze beperking wordt. Of anders gezegd *Wij zouden wel willen, maar we kunnen niet*.

Mijn collega Professor Ebels sprak in zijn oratie in 1994 zijn teleurstelling uit over het feit dat in ons land de instantie die de gezondheidszorg financiert, een andere instantie is dan diegene die de uitkeringen bij ziekte moet doen. Nog steeds anno 2001 is het zo dat ziektekostenverzekeraars er geen direct financieel belang bij hebben om een verzekerde weer zo snel mogelijk aan het werk te hebben. Nog steeds is het zo dat de bezettingspercentages van ziekenhuisbedden van groot belang zijn voor toewijzing van personeel en middelen aan afdelingen van ziekenhuizen. En nog steeds is het zo dat een kortere opnameduur van patiënten zich nog steeds niet vertaalt in een betere beloning van afdelingen met personeel en middelen. Kortom, nog steeds worden patiënten soms langer in het ziekenhuis vastgehouden dan strikt noodzakelijk voor zijn of haar genezing. Ik sluit mij dan ook van harte aan bij de wijze woorden van Ebels dat uitvoering van de ziektewet en financiering van de gezondheidszorg in een hand zou moeten komen en vanuit hetzelfde budget betaald zou moeten worden.

Ik wil hier nog iets verder op in gaan aangezien hier een van de fundamentele problemen van onze zieke gezondheidszorg ligt. Zou de ziektekostenverzekeraar er namelijk wel een direct belang bij hebben, dan is een zeer vruchtbare samenwerking tussen de professional en de verzekeraar mogelijk. Dan pas kan de kennis die de professional heeft van relaties tussen behandeling en effecten gekoppeld worden aan de kennis die de ziekteverzekeraar heeft van behandeling en kosten. Beiden krijgen dan weer dezelfde gezamenlijke doelen die ze nastreven; zo snel mogelijk beter worden, met de nieuwste medische behandeling en de beste verzorging, zonder lange wachttijden en dit alles tegen een betaalbare prijs.

Met de Nederlandse economie gaat het goed, maar zoals ik eerder zei, met de Nederlandse gezondheidszorg gaat het niet goed. De oorzaak hiervan is niet dat er nu te weinig geld in Nederland beschikbaar is voor de gezondheidszorg, nee, de oorzaak is hoofdzakelijk gelegen in het feit dat wij in de afgelopen 20 tot 30 jaren onvoldoende gelden effectief hebben geïnvesteerd in die gezondheidszorg. Zorg voor het budget was belangrijker dan zorg voor de patiënt. Wij hebben nu te maken met de gevolgen daarvan. Kijk bijvoorbeeld naar de ons omringende landen. Terwijl landen als Duitsland en Frankrijk in de afgelopen jaren steeds meer geld investeerden in de gezondheidszorg, deed Nederland dat

juist niet. Het budget moest immers bewaakt worden. Uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlandse product verhoogden Duitsland en Frankrijk de gelden in de gezondheidszorg van circa 8% in 1980 naar circa 10% nu, maar bleef dat percentage in Nederland vrij constant rond de 8%. In de Verenigde Staten van Amerika wordt zelfs 14 % van bruto binnenlandsproduct besteed aan de gezondheidszorg (ref 2). Je kunt stellen dat er de afgelopen jaren sprake is geweest van zogenaamde chronische onderfinanciering van de gezondheidszorg. En de gevolgen van die langdurige onderfinanciering voelen we nu allemaal. En niet alleen binnen mijn vakgebied. Op vrijwel elk deelgebied van de gezondheidszorg zijn problemen. Ik noemde er al een paar maar er zijn nog meer problemen; significant hoog ziekteverzuim onder het zorgpersoneel, meer uittrekders dan nieuwkomers in de zorg, ontevredenheid bij de patiënten maar ook bij het personeel. Ook de recent verschenen nota van de commissie van Rijn spreekt duidelijke taal; “salarissen in het onderwijs en in de gezondheidszorg zijn sterk achtergebleven bij die in het bedrijfsleven”. Een recente NIPO enquête uitgevoerd onder 726 ondernemers in het midden- en kleinbedrijf liet zien dat meer dan 76 % van de geïnterviewden vond dat de inkomens van het verplegend personeel “aanzienlijk omhoog” moeten (ref 3). Zelfs 70 % van de ondervraagden is bereid meer te willen betalen voor betere zorg!.

Men wordt ook moedeloos door alle regelgeving in de gezondheidszorg. Voor de handliggende oplossingen worden door de vele regels verhinderd. Om een beter inzicht te krijgen in de huidige situatie in de gezondheidszorg geef ik u even een voorbeeld zoals dat geschetst is door Maurits de Brauw, een chirurg die kortgeleden vrijwillig ontslag nam uit het Academisch

Ziekenhuis Maastricht (ref 4). In zijn boek “de wachtlijst en andere gezondheidszorgen” stelt hij dat U de gezondheidszorg moet zien als een voetbalteam; een sport die mij persoonlijk nog steeds erg aanspreekt. “Er is geen identificeerbaar doel. De coach stelt veel strakke regels op met als leidraad het maken van zo weinig mogelijk doelpunten. Creativiteit is verboden en samenspel wordt al helemaal ontmoedigd. Goede spelers krijgen net zo weinig speelruimte als minder goede spelers. Er worden veel straffen uitgevaardigd, bijvoorbeeld voor het maken van doelpunten. Het publiek wordt geacht stil te zijn. Ook tijdens het spel intervenueert de coach onophoudelijk met nieuwe regels en sancties. Er zijn veel hulpcoaches aanwezig om de enorme hoeveelheid instructies van de coach te interpreteren en uit te leggen aan de spelers. Er zijn geen bonussen. Wel moet er dag en nacht gevoetbald worden. Beducht voor een slechte reputatie schrikt de coach van het lage imago en de slechte resultaten. Voetballen is toch een mooie sport?”.

Tijdens de studie geneeskunde wordt veel aandacht besteed aan het bijbrengen van kennis van effectiviteit van een behandeling. De kennis van deze zogenaamde behandelingseffectiviteit wordt regelmatig getoetst en bepaalt of iemand zijn arts-bul wel of niet ontvangt. Echter zodra hij of zij, niet meer als student deelneemt aan het zorgproces maar als echte dokter, verandert er iets; zijn kennis van de behandelingseffectiviteit wordt zelden meer formeel getoetst en wordt vervangen door het toetsen van zijn kennis van de kosteneffectiviteit. Immers het budget moet bewaakt worden. En daar gaat het mis. Daar is hij niet in geschoold. Hij weet weinig of niets van kosten. Hij ziet ook weinig van die kosten, die worden immers vaak afgehandeld in een een-tweetje tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Hier kan in het huidige systeem van opleiding tot arts maar ook zeker in het systeem van de opleiding tot specialist, veel meer aandacht aan besteed worden. Richtlijnen van beroepsorganisaties kunnen hierbij van aanzienlijke waarde zijn voor de professional en voor de ziektekostenverzekeraar. Richtlijnen van beroepsorganisaties geven aan wat het minimum standaard niveau van zorg kan zijn dat gehaald dient te worden, maar richtlijnen geven niet aan hoe groot budgetten moeten zijn (ref 5). Die koppeling dient gemaakt te worden in nauwe afstemming met de ziektekostenverzekeraar. Richtlijnen zijn opgesteld om klinici te helpen bij het nemen van beslissingen bij behandelingen. Er is van aangetoond dat het de klinische praktijk aanzienlijk verandert en de uitkomsten aanzienlijk verbetert, meer nog dan chirurgische kundigheid. Reeds in 1795 schreef de Fransman Bichat dat de kunst van het opereren door iedereen geleerd kan worden. Vaardigheid en handigheid dragen nog tot vervolmaking bij. Moeilijk wordt het voor de chirurg het juiste ogenblik voor de operatie te kiezen of te weten in welke gevallen een ingreep noodzakelijk is en in welke gevallen het beter is van een operatie af te zien of te weten wanneer en waar deze operatie plaats moet vinden en de omstandigheden en invloeden te kennen die beslissend zijn voor slagen of falen. Dat is het moeilijke in de chirurgie (ref 6).

Richtlijnen worden doorgaans opgesteld door groepen medici die nationaal of internationaal veel respect genieten. De richtlijnen weerspiegelen de actuele stand van zaken in het betreffende vakgebied. Van groot belang is te weten dat richtlijnen afkomstig van internationale beroepsorganisaties in geen geval wettelijk bindend zijn. Internationale richtlijnen geven de state-of-the-art weer en kunnen gebruikt worden als basis voor wetgevende maatregelen ten aanzien van bijvoorbeeld belangrijke medisch-ethische zaken. Nationale richtlijnen daarentegen fungeren soms wel als wet. Zie bijvoorbeeld onze richtlijn ten aanzien van euthanasie. Dit gezegd hebbende dient u zich te realiseren dat alleen zeer goede redenen een afwijking van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Niet alleen de medicus heeft belangstelling voor deze richtlijnen, ook anderen. De laatste jaren heeft de Rechterlijke Macht maar ook de Inspectie voor Volksgezondheid een toenemende belangstelling voor deze richtlijnen. Zij gebruiken deze richtlijnen als toetssteen. Om dit te verduidelijken geef ik een voorbeeld. Een patiënt met pijn op de borst had een infarct ontwikkeld na een beschadiging die het gevolg was van de hartkatheterisatie; de patiënt moest met spoed een coronaire bypass operatie ondergaan. De

richtlijnen van de beroepsgroep gaven aan dat voorafgaande aan een hartkatheterisatie eerst een inspanningsonderzoek diende plaats te vinden. Bij deze patiënt was dat niet gebeurd, waarna de cardioloog werd veroordeeld.

Vaak zijn de verschillen tussen internationale richtlijnen en nationale richtlijnen groot. Deze verschillen kunnen veelal verklaard worden uit sociaal-economische motieven. Soms ligt een verschil van meningen binnen de beroepsgroep hieraan ten grondslag. Zo wijken de richtlijnen in Nederland voor het verrichten van PTCA's in het hartcentrum waar ook hartchirurgie wordt bedreven, nog steeds af van de richtlijnen van de internationale beroepsorganisaties; in vrijwel alle ons omringende landen is aangetoond dat eenvoudige PTCA's verantwoord en veilig kunnen worden uitgevoerd ook buiten dergelijke hartcentra waar in de directe nabijheid geen ondersteuning is van hartchirurgie. In Nederland is dit nog steeds niet mogelijk. Maar binnen de Nederlandse vereniging van Cardiologie leeft nu de mening om inderdaad de internationale richtlijnen over te nemen. Helaas leeft die mening slechts op zeer beperkte schaal binnen mijn eigen beroepsvereniging de Nederlandse vereniging van Thoraxchirurgie. Ik ben er van overtuigd dat het tij daar spoedig zal keren.

Midden jaren negentig voerde de Inspectie voor Volksgezondheid een onderzoek uit naar de capaciteit voor openhartchirurgie in Nederland; de veronderstelling was dat de capaciteit onvoldoende zou zijn. Uit de onderzoeksgegevens werd geconcludeerd dat de capaciteit in Nederland als geheel, voldoende was voor dat moment maar niet voor de komende jaren. Tevens werden enkele gebieden aangewezen als zogenaamde witte vlekken, waar de hartchirurgische mogelijkheden als zeker onvoldoende werden gekenmerkt. Den Haag en Enschede kregen toestemming om ieder een centrum in te richten voor hartchirurgie. Leeuwarden dat ook in zo'n witte vlek lag, moest rekening houden met toestemming voor hartchirurgie maar in een latere fase. Ambtelijke regelgeving heeft er toe geleid dat nu nog steeds, bijna 3 jaar later, geen enkele hartoperatie in die nieuwe centra heeft plaats gevonden. Ook constateerde men uit de onderzoeksgegevens dat sommige van de bestaande centra te weinig capaciteit hadden om hun regio goed te kunnen bedienen. Hiertoe behoorde het AZG. Al jaren leidt deze onvoldoende capaciteit tot de langste wachttijden voor hartchirurgie in Nederland. Op dit moment bedraagt de wachttijd in het AZG ongeveer 7 maanden. Als gevolg van deze lange wachttijden verwijzen de cardiologen hun patiënten naar centra met kortere wachttijden – en terecht. In eerste instantie gingen die patiënten naar Zwolle maar dat centrum raakte natuurlijk even later ook overbelast. Al snel werden patiënten verwezen naar

Amsterdam en Utrecht en met name sinds vorig jaar ook naar Breda, toch zo'n 300 km van Leeuwarden verwijderd. Van de ongeveer 750 patiënten die in Friesland op jaarbasis een hartoperatie moeten ondergaan, gingen in 2000 slechts 280 naar het AZG. De rest werd naar centra elders in het land gestuurd. Maar liefst 50-75 patiënten werden naar Breda gestuurd. Ik durf te stellen dat Friese hartpatiënten in dit opzicht worden gediscrimineerd: immers geen enkele andere groep Nederlanders moet zover reizen om die zorg te ontvangen die ze dringend nodig hebben. Geen enkele andere groep

Nederlanders die zolang ook moet wachten voordat ze die zorg überhaupt kunnen krijgen. Niet alleen de professionals verbazen zich over deze verwijzing over zo'n grote afstand. Ook onze minister-president Kok verbaasde zich erover tijdens zijn recente werkbezoek aan het Ignatius Ziekenhuis in Breda. Het wordt nog verbazingwekkender als blijkt dat de ziekenfondsen uit de regio Breda en die uit de regio Leeuwarden onderling weigerden hun budgetten aan te passen om deze extra patiënten in Breda te kunnen laten opereren. De persoonlijke tussenkomst van de minister-president bleek noodzakelijk te zijn om een en ander alsnog in goede banen te kunnen leiden.

Nu er de afgelopen twee jaren een toenemend tekort is ontstaan aan met name operatiepersoneel is de capaciteit voor openhartchirurgie in het Noorden nog schaarser geworden en voorziet die bij lange na niet meer in de behoefte. Daarbij genomen het feit dat de behoefte aan hartchirurgie in het Noorden meer is gestegen dan die in andere delen van het land door een hoger voorkomen van coronairsclerose in deze regio, maakt de situatie hier uiterst precair. Dit alles heeft geleid tot het bijzondere fenomeen dat de regio van het AZG voor verwijzing voor hartchirurgie op dit moment gekrompen is van oorspronkelijk geheel Drenthe, Friesland en Groningen tot vrijwel alleen nog maar de provincie Groningen en een klein gedeelte van Friesland namelijk het ziekenhuis te Dokkum. Dit betekent dat patiënten uit bijvoorbeeld Assen en Drachten die een niet-spoedeisende hart-operatie moeten ondergaan, maar ook patiënten uit Heerenveen, Sneek en Leeuwarden, naar centra gestuurd worden die soms vele honderden kilometers verder weg liggen dan het AZG. Voor spoedingrepen geldt gelukkig nog net geen wachtlijst. Ten overvloede dient hieraan toegevoegd te worden dat minister Pronk in zijn recente 5^{de} milieu nota Friesland heeft aangewezen als een provincie met een speciale woonfunctie voor met name de ouderen. Gelet op dit alles kunnen we verwachten dat de wachttijden voor hartchirurgie in het Noorden binnenkort nog langer zullen worden als er niets gaat veranderen. Als er spoedig niets gebeurt ziet het er erg somber uit voor de hartpatiënt in Noord-Nederland en blijft het Tv-spotje van de ziektekostenverzekeraar CZ waar ik eerder over sprak, nog steeds actueel. *We willen wel, maar we kunnen niet.*

Wat kunnen we hier aan doen? Allereerst dient Zorg voor het budget vervangen te worden door zorg voor de patiënt. Schraalhans is nu lang genoeg keukenmeester geweest in de zorg. Een injectie met geld is niet voldoende. Als chirurg heb ik geleerd dat een abces beter behandeld kan worden door flink te snijden met het mes dan met een injectie. De

oorzaak moet worden weggenomen: de organisatie moet veranderd worden. In dit kader is decentralisatie de meest voor de hand liggende oplossing. Uitoefening van de hartchirurgie in Nederland is gebonden aan vergunningen. Alleen centra die door de overheid als zodanig zijn aangewezen mogen dit specialisme binnen hun muren uitoefenen. In Nederland bestaan 13 van dergelijke centra die deze bevoegdheid hebben. Hef die beperkingen op, en geef grote ziekenhuizen de vrijheid om zelf de keuze te maken een hartcentrum op te starten na nauw overleg met de beroepsorganisaties, ziektekostenverzekeraar en overheid. Deze regeling gold vroeger ook voor het verrichten van hartkatheterisatie. Nadat de regelgeving daarvoor was opgeheven, waren er ook geen wachtlijsten meer voor hartkatheterisaties.

Een tweede mogelijkheid is meer capaciteit creëren in het AZG zelf. Daar wil ik even iets langer bij stil staan. Bijna 10 jaar geleden is er een internationale bedrijfskundige studie verschenen naar de doelmatigheid van enkele tientallen hartcentra in de USA. Daaruit bleek dat centra die 1200 hartoperaties verrichtten zeer doelmatig omgingen met hun budgetten. Zodra een centrum meer dan 1200 hartoperaties ging uitvoeren diende er veel extra geld aangetrokken te moeten worden om de infrastructuur aan te passen teneinde een groter aantal operaties goed te kunnen uitvoeren. Daarna kon er weer zeer doelmatig verder worden gewerkt naar ongeveer 2400 hartoperaties. Er waren dus cycli van 1200 openhartoperaties. In het AZG werden tot het jaar 2000 jaarlijks om en nabij 1200 hartoperaties verricht. Pogingen om daarboven uit te komen stuitten vele malen op een oververhitting van de organisatie, zich uitend in een hoog ziekteverzuim en afnemende kwaliteit en continuïteit van zorg. Op dit moment is het met name vanwege bovengenoemde logistieke redenen niet gewenst in het AZG boven deze grens van 1200 uit te gaan. Ook van de kant van de minister is terecht gewezen op haar wens naar spreiding van deze vorm van specifieke zorg.

Een derde mogelijkheid zou kunnen zijn, het versneld opstarten van het nieuwe hartcentrum in Oost-Nederland, Enschede, waarbij de extra capaciteit die daarmee beschikbaar komt in Zwolle, aangewend kan worden om meer patiënten uit Noord-Nederland te opereren. Echter het gunstige effect daarvan voor het Noorden op de lange termijn trek ik ernstig in twijfel omdat Enschede met name de eigen regio zal gaan bedienen. Op dit moment worden de patiënten uit Twente eveneens over vrijwel het gehele land verdeeld. Het aantal patiënten dat nu in Zwolle wordt geopereerd is aanzienlijk kleiner dan de behoefte aan extra capaciteit in Noord-Nederland.

Een vierde mogelijkheid is actieve ondersteuning door het AZG van een extra centrum in Noord-Nederland, bijvoorbeeld in Leeuwarden. Dat dit centrum bestaansrecht heeft als hartchirurgisch centrum, heeft minister Borst reeds enkele jaren terug erkend. Friesland werd toen reeds aangemerkt als een zogenaamde witte vlek op de cardiochirurgische en cardiologische kaart van Nederland; zorgvoorzieningen liggen daar duidelijk achter ten opzichte van die in andere regio's van Nederland. Minister Borst heeft toen toestemming gegeven aan Leeuwarden om bij de bouw van een nieuw deel van het ziekenhuis rekening te houden met de eventuele komst van hartchirurgie. In Leeuwarden is men er nu klaar voor; *ze willen wel, maar ze kunnen nog niet*.

Terug naar Groningen. Myocardiale revascularisatie is een begrip waaraan deze rede onlosmakelijk is verbonden. Tot nu toe heb ik het slechts zijdelings genoemd. Ik zal er nu dieper op ingaan. Myocardiale revascularisatie betekent niet meer dan een hartspier die te weinig bloed ontvangt door vernauwingen in de kransslagaders, opnieuw wordt voorzien van voldoende bloed. Er zijn twee belangrijke wijzen waarop dat kan geschieden; van binnenuit het kransvat, veelal door de cardioloog uitgevoerd door middel van een "dotter" procedure of van buitenaf door de cardiothoracaal chirurg uitgevoerd, door middel van het aanleggen van een omleiding of bypass. Gemakshalve ga ik even voorbij aan de medicamenteuze therapie of genterapie van kransslagaderverkalking of wel coronairsclerose. Beide methoden kennen hun respectievelijke voor- en nadelen. De oudste methode is die van de chirurg. In de 50-tiger jaren werden verschillende operatietechnieken gebruikt om afgesloten coronair arteriën te bypassen met verschillende materialen. Het grootste probleem was aanvankelijk het gebrek aan een goede visualisatie van de kransvaten door middel van een angiogram. Pas in het begin van de zestiger jaren was de directe coronaire angiografie een feit. Toen is ook de coronaire chirurgie pas goed van de grond gekomen met name door het werk van Rene Favaloro en Dudley Johnson. Zij introduceerden de veneuze graft: dat is een bloedvat dat veelal uit het onderbeen wordt genomen en als omleiding over een vernauwing wordt geplaatst. Deze veneuze graft wordt nu nog steeds wereldwijd als meest gebruikte graft toegepast in de coronaire chirurgie. Pas in de 70-tiger jaren werd de arteriële graft geïntroduceerd waarbij de arteria mammaria interna direct werd geanastomoseerd met het zieke kransvat. Het grote voordeel van deze graft -welke een slagader is in plaats van een ader- kwam pas later naar voren. Vanuit de Cleveland Clinics in de USA werd in 1986 bericht dat de chirurgische behandeling van een ernstige vernauwing in de linker coronair arterie bij voorkeur diende te geschieden door een directe anastomose te maken met arteria mammaria interna -een slagader dus. Later volgden meer berichten over deze gunstige eigenschap van de slagader als graft. Vooral op de lange termijn had deze graft veel voordelen boven de veneuze graft. Na tien jaren waren de arteriële grafts in meer dan 90 % van de gevallen nog open, terwijl meer dan 50 % van de veneuze grafts dan al dicht waren (ref 7). Dit gegeven is steeds het uitgangspunt geweest in Groningen voor de chirurgische myocardiale revascularisatie: een slagader heeft de voorkeur boven een ader. Wij noemen dit arteriële grafting.

Arteriële grafting is een begrip dat in Groningen daarom veel aandacht heeft gekregen en nog steeds krijgt. Bij bijvoorbeeld twee slagaders uit de borstkas en een slagader uit de buik als derde omleiding of met een slagader uit de onderarm kan het hart compleet gerevasculariseerd worden. Het gebruik van de slagader van de maag, de arteria gastropiploica, tezamen met de twee slagaders uit de borstkas, is uitgebreid onderzocht door collega Grandjean. Zijn bekendheid met deze arterie reikt veel verder dan Pisa. Juist slagaders blijven op de lange duur nog steeds goed doorgankelijk en worden nauwelijks aangetast door de aderverkalking. Dit leidt tot significant minder terugkeren van pijn op de borst en tot minder re-interventies zoals PTCA's of re-operaties. Als behandeling van in elk geval 2 en 3-takscoronairlijden is er geen betere methode beschikbaar dan die waarbij alleen slagaders gebruikt worden. Op dit moment kan ook de cardioloog deze resultaten bij lange na niet bereiken met de "dotter" procedure inclusief stent plaatsing. Alhoewel de introductie van de stent, die er uitziet als een veertje uit een balpen, de resultaten van de cardiologische behandeling aanzienlijk heeft verbeterd, blijven hun lange termijnresultaten nog steeds achter bij die van de chirurgen. Maar gesteund door een machtige en financieel bijna onuitputtelijke industrie gelukt het de interventiecardiologen om in elk geval de korte- en middellange termijnresultaten van het dotteren te verbeteren. Met name binnen de een- en mogelijk zelfs twee-taksafwijkingen, is deze behandelingsvorm tegenwoordig zelfs te verkiezen boven de chirurgische behandeling. Aangezien veel belangen van beide beroepsgroepen verschillen ligt hier nu een probleem. Richtlijnen van beide beroepsorganisaties kunnen hier derhalve van groot belang zijn zoals ik ook eerder hier betoogd heb. Gelukkig kennen onze beide beroepsgroepen een gezamenlijke werkgroep die deze richtlijnen in 1998 heeft opgesteld (ref 8). Gezien de grote snelheid van de veranderingen in effectiviteit van behandeling bij met name de cardiologen, maar ook bij de cardiothoracaal chirurgen waar ik later op terug kom, dient de vernieuwing van deze richtlijnen dan ook frequent - bij voorkeur een maal per jaar - plaats te vinden. Hierbij doel ik met name op de behandeling van een- en twee-taksliden, waarover nu veel artikelen verschenen zijn die aangeven dat dotteren en stent-implantatie bij deze aandoeningen duidelijk de voorkeur hebben. Al blijven er uiteraard nog individuele afwijkingen mogelijk zoals bijvoorbeeld bij de diabetes patiënt en bij de hoge LAD-stenose van het type C of B2. Dit resultaat werd getoond in een recent gepubliceerde Duitse studie en is gelijklopend aan onze resultaten van een vrijwel identieke studie die wij hier in Groningen hebben verricht, de STEALTH studie.

De behandelmethoden van de interventiecardiologen in de coronairchirurgie verbeteren in hoog tempo. De resultaten ervan benaderen de resultaten die wij als cardiothoracaal chirurgen behalen. Samenwerken met de cardiologen op dit gebied is beter dan hen te bestrijden. De hybride procedure is een voorbeeld van die samenwerking en waarover vanuit ons centrum veel is gepubliceerd. Want tenslotte gaat het natuurlijk om de patiënt die behandeld wil worden met de beste methode, zonder lange wachttijden en dat alles tegen een betaalbare prijs.

Gezien het voorgaande is het dan ook niet verwonderlijk dat de cardiothoracale chirurgen de afgelopen jaren krachtig hebben gestreefd naar de ontwikkeling van minimaal invasieve chirurgie; dit zijn operaties die een zo beperkt mogelijk letsel aan de patiënt toebrengen, met een maximum aan effect. Bij voorkeur dient de operatie uitgevoerd te worden zonder hart-long machine. In deze specifieke ontwikkeling van de minimaal invasieve chirurgie heeft Groningen de afgelopen jaren een prominente rol op internationaal terrein ingenomen. Opereren zonder hart-longmachine is een heel belangrijke stap. Na de introductie van de cardioplegie wordt opereren zonder hartlongmachine als de volgende belangrijkste stap gezien in de vooruitgang van de cardiothoracale chirurgie. De hartlongmachine, ooit in 1953 door Gibbon geïntroduceerd, heeft vele versies gekend. Waren ze vroeger groot en gevaarlijk en weinig effectief: de huidige machines zijn klein, compact, veilig en zeer efficiënt. Met behulp van deze machine is de chirurg o.a. in staat om het hart stil te leggen en eventueel te openen waarna een reparatie aan het hart kan worden uitgevoerd. Maar het gebruik van de hartlongmachine kent naast zijn hoofdwerking, veel bijwerkingen. Veel van deze bijwerkingen kunnen leiden tot een verlengde ziekenhuisopname of zelfs tot blijvende invaliditeit of de dood. Samen met Dr. Gu, Dr. van Oeveren en de perfusionisten hebben wij veel onderzoek gedaan naar deze schadelijke effecten van het gebruik van de hartlongmachine. Aanvankelijk geschiedde het onderzoek onder leiding van Professor Wildevuur, maar later, toen hij naar Amsterdam vertrok deden wij het zelfstandig. Ons onderzoek werd en wordt nog steeds internationaal zeer gewaardeerd wat mag blijken uit het feit dat Dr. Van Oeveren als enige Nederlander opgenomen is in de editorial board van ons belangrijkste internationale wetenschappelijk tijdschrift, de Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Dat wij zover konden stijgen hadden wij grotendeels aan Professor Wildevuur te danken. Zijn opportunisme en positieve kijk op vrijwel alle aspecten van het leven dienen mij nog vaak tot voorbeeld. Tijdens de vele onderzoeken streefden wij ernaar de schadelijke componenten van de hartlongmachine op te sporen en vervolgens uit te schakelen of te vervangen door verbeterde componenten. Samenwerking met de industrie was hierbij van onschatbare waarde aangezien andere geldgevers veelal niet of onvoldoende geïnteresseerd waren in onze ideeën. Wij concentreerden ons voornamelijk op de beschadiging van het bloed en zijn componenten zoals de verschillende cellen. Het voert te ver om hier op alle details en resultaten van die onderzoeken in te gaan. Maar één ding van al die onderzoeken werd ons wel duidelijk; je moest, als het maar enigszins kon, zoveel mogelijk zien te vermijden om de hart-longmachine te gebruiken. Er waren vele bijwerkingen op het bloed van de patiënt; dit gold met name voor de pasgeborene en voor de hoog bejaarde patiënt. Deze bijwerkingen varieerden van lichte koorts, bloedarmoede, verminderde afweer, enzovoorts tot

ernstige bloedtransfusiereacties en longbeschadigingen. Naast de andere bijwerkingen van de hartlongmachine op andere orgaansystemen vormde dit voldoende reden om de mogelijkheden te verkennen van het opereren zonder hartlongmachine. Midden jaren negentig kondigde zich een dergelijk alternatief aan. In 1994 tijdens mijn bezoek aan een congres in Rome demonstreerde

Dr. Benetti uit Argentinië op een video hoe hij iemand opereerde zonder gebruik te maken van de hartlongmachine. Hij paste dit toe tijdens coronairchirurgie. De omleiding werd verbonden met het geopende kransvat dat tijdelijk was afgesloten. In korte tijd moest die verbinding tot stand komen: en dit moest ook in een keer goed zijn. Het kransvat te lang afsluiten kon leiden tot een infarct. Zonder toestemming van de MEC maar wel met alle veiligheidsmaatregelen achter de hand, oefende ik mijzelf tijdens operaties in het maken van zo'n anastomose op het kloppende hart. In januari 1995 voerde ik samen met collega Grandjean de eerste minimaal invasieve hartoperatie uit in Nederland, dus zonder hartlongmachine en via een kleine opening in de zijkant van de borst. Hierna verrichtten wij samen nog vele andere ingrepen die zonder hart-longmachine werden uitgevoerd. Samen met de industrie en andere collega's is het opereren zonder hart-longmachine tot nieuwe behandelingstechniek verheven, niet alleen in

Groningen maar wereldwijd. Naast het vermijden van de risico's die aan het gebruik van de hartlongmachine zaten, bleek dat patiënten sneller herstelden van de operatie, eerder naar huis konden en weer sneller aan het werk konden. Ook bleek dat het gebruik van donorbloed bij deze operaties aanzienlijk beperkt kon worden waarmee de kans op eventuele overdracht van ziekten verder kon worden teruggebracht. Kortom er werden veel voordelen voor de patiënt mee behaald. Meer resultaten van deze nieuwe behandeling zullen binnenkort op andere plaatsen dan deze worden mede gedeeld. Dat de ontwikkeling hiermee niet stil staat mag blijken uit recent gepubliceerde manuscripten en voordrachten met video's waar hartoperaties worden vertoond waarin patiënten onder plaatselijke verdoving - epiduraal anesthesie - aan hun hart worden geopereerd (ref 9).

De verwachting is dat het aantal ingrepen zonder hartlongmachine geleidelijk nog verder zal toenemen door een verdere verfijning van techniek en instrumenten maar voornamelijk door de overdracht van de ervaring naar de jongere en nieuwe chirurgen. Hier ligt een belangrijke taak voor de huidige chirurgen die deze techniek beheersen. Hier zal ook een groot deel van mijn taak liggen na aanvaarding van deze leerstoel.

Ter geruststelling van sommigen onder u wil ik hier opmerken dat het opereren met hartlongmachine niet zal verdwijnen: er blijven nog veel afwijkingen over waarvoor deze machine onmisbaar is.

In het verlengde van het opereren zonder hartlongmachine ligt de Robot-chirurgie. Met behulp van een robot die veelal buiten de operatiekamer is opgesteld, kan een operatie worden uitgevoerd via zeer kleine openingen in het lichaam. Heden ten dage is de techniek zover gevorderd dat de bypassoperatie veilig maar nog niet sneller kan worden uitgevoerd door de robot die overigens nog steeds door een chirurg zelf bediend moet worden. Ook klepreparaties bij volwassenen en kinderen kunnen nu al met behulp van de robot worden uitgevoerd. Het kostenplaatje van dergelijke robots is echter nog een groot probleem; een investering van 1 miljoen dollar en een onderhoudscontract van 300.000 dollar per jaar zijn nog struikelblokken voor vele ziekenhuizen, zelfs voor het AZG. Misschien geldt ook hier wel *we willen wel, maar kunnen nog niet*. Daarnaast prijs ik mij gelukkig met de gedachte dat een echte chirurg veel breder inzetbaar is dan een robot en bovendien aanzienlijk aardiger is.

Hiermee kom ik aan bij het gebied van het onderwijs.

Onderwijs speelt in de Cardiothoracale chirurgie een zeer belangrijke rol. Het overdragen van ervaringen is van essentieel belang voor de kwaliteit van werken van de chirurg en daarmee voor het welzijn van zijn of haar patiënt. Natuurlijk zijn ook vaardigheid en handigheid van positieve invloed. Daarnaast dient uiteraard niet te worden onderschat het belang van het vermogen om in een team te werken. Weinig specialismen kennen zo'n intensieve samenwerking met andere vakgebieden dan de mijne. In Groningen richt het onderwijs in mijn vak zich tot nu toe hoofdzakelijk op het onderwijs aan assistenten in opleiding tot cardiothoracaal chirurg. Vrijwel nauwelijks wordt enige tijd besteed aan de medisch student. In de komende tijd zullen wij hier meer aandacht aan gaan besteden want vrijwel iedere arts krijgt te maken met hart- en vaatziekten, welke doodsoorzaak nummer een zijn onder de westerse bevolking. Samen met de onderafdeling Cardiologie is in 2000 een programma ontwikkeld voor de medisch student via welke hij of zij kennis kan maken met thema's als decompensatio cordis, hartklep-lijden, coronairsclerose en zelfs reanimatie. Op deze wijze leiden wij heden ten dage studenten op tot acceptabele dokters die goed zijn toegerust. Maar er is meer dan het bestaan als dokter, er is ook zoiets als burger en als intellectueel. Het gaat er dan om, om buiten je eigen vak te kijken, verder en breder. Dus niet bij de zusterafdelingen maar bij andere faculteiten. Door de verdere studieverzwaring en inkorting van de studieperiode wordt de huidige student opgeleid in een monocultuur. Hij of zij verkeert veelal alleen maar in kringen van aankomende medici. Er is vrijwel geen tijd meer over voor de studentenvereniging of andere gezelligheidsinstelling of sportvereniging; daar waar je anderen ontmoet, waardoor je gevormd wordt in velerlei opzicht. Deze contacten worden steeds meer gelegd binnen de monocultuur van de medische opleiding. Gelukkig zijn er initiatieven ontplooid om beurzen ter beschikking te stellen aan studenten die een jaar willen besteden aan bijvoorbeeld de faculteitsvereniging. Gedurende dat jaar dienen zij de faculteit en doen ervaring op in organisatie, management en beleidsvorming. Dit soort initiatieven dient meer

navolging te krijgen. Voor zover het in mijn vermogen ligt zal ik deze gedachte mee helpen uitdragen binnen de Universiteit van Groningen.

Vrijwel aan het eind gekomen van mijn betoog wil ik nog kort aandacht besteden aan een andere loot van onze opleidingsboom; de opleiding van de Nurse-practitioner. Naast het tekort aan operatiepersoneel dat nu pijnlijk merkbaar is, dreigt er ook een groot tekort te ontstaan aan artsen. Er is gezocht naar een alternatief. Dat werd gevonden in de functie van Nurse-practitioner. In de Angelsaksische landen is sinds de 60-iger jaren al veel ervaring met deze functie; in Nederland pas sinds 1997. Deze functie bevindt zich op het grensvlak van dat van de verpleegkundige en van de arts en kent mede gezien de breedte van beider inzetbaarheid vele definities (ref 10). De Nurse-practitioner is verantwoordelijk voor en geeft medische en verpleegkundige zorg aan patiënten, groot, klein, arm of rijk, individueel of collectief. De Nurse-practitioner bevordert de gezondheid, voorkomt ziekte maar stelt ook diagnoses en managet acute en chronische ziekten. De Nurse-practitioner kan zelfstandig werken of in samenwerking met andere disciplines. Daarnaast kan de kennis welke de verpleegkundige in de verpleging heeft opgedaan verder optimaal gebruikt worden voor en gekoppeld worden aan een breder carrièreperspectief voor deze beroepsgroep. Eind november 1997 werd deze functie door het AZG in Nederland geïntroduceerd als antwoord op de vraag van de patiënt naar continuïteit en kwaliteit in zijn zorg. Samen met de Hanzehogeschool Groningen werd een opleiding tot Nurse-practitioner ontwikkeld en een van de werkplekken werd onze Thoraxchirurgische verpleegafdeling. Maar is die continuïteit en kwaliteit in de zorg bij onze hartpatiënten nu ook inderdaad gerealiseerd door de vijf Nurse-practitioners die onze afdeling op dit moment rijk is, zult u zich afvragen. Subjectief gezien is het antwoord zeker "ja". Maar het meten met objectieve maatstaven zal op onze afdeling binnenkort beginnen. De gegevens uit onderzoeken tot nu toe, zijn zeer hoopgevend. Ik wil u er enkele noemen. Gedurende een observatieperiode van 4,5 uur is door de onderzoeker iedere 5 minuten opgeschreven wat de hoofdactiviteit van de onderzochte was; een Nurse-practitioner of een arts-assistent. Op de verpleegafdeling bleken er significante verschillen te bestaan in hun activiteiten. De anamnese afnemen door de Nurse-Practitioner duurde langer, evenals het visite lopen. Voor communicatie met de patiënt nam de Nurse-practitioner significant meer tijd evenals voor het voorschrijven van onderzoeken of verpleegkundige handelingen. De arts-assistenten daarentegen brachten significant meer tijd door met wachten en gebruikten minder tijd voor de visite. Of deze verschillen ook leiden tot een significant verschil in kwaliteit van de behandeling is nog in onderzoek. Dit onderzoek dat geleid wordt door Petrie Roodbol zal over enige tijd resulteren in objectieve gegevens met een duidelijke wetenschappelijke waarde. Op dit gebied zal onze afdeling zeker in Nederland de komende tijd ook een belangrijke rol trachten te blijven spelen.

Met voldoening kan ik vaststellen dat de academische traditie U niet toestaat thans hierover met mij in discussie te treden, want wij zouden onze kostbare tijdslimiet dan zeker gaan overschrijden. Bij het uitspreken van deze rede heb ik aanvankelijk veel meer willen zeggen, maar heb dat niet kunnen doen mede omwille van de tijd en de verslappende aandacht. Opnieuw moet ik dus constateren dat *wij allen veel meer willen, maar veel minder kunnen*, en dat geldt dus niet alleen maar voor de hartchirurgie in Noord-Nederland.

Het bestuur van de Jan Kornelis de Cock-stichting bedank ik voor de instelling van de bijzondere leerstoel in de Cardiothoracale Chirurgie, in het bijzonder die van de myocardiale revascularisatie en voor het feit dat die aan mij werd gegund. Evenzeer wil ik mijn bijzondere erkentelijkheid betuigen jegens de leden van het College van Bestuur van deze Universiteit en de Rector in het bijzonder, het college van Decanen en het Bestuur van de Medische Faculteit vanwege de goedkeuring van deze benoeming.

Mijne Heren leden van de Raad van Bestuur van het AZG,
Ik ben u geleidelijk aan steeds beter gaan begrijpen en gaan waarderen maar benijd uw huidige professionele positie niet. Aan u is immers de opdracht om de zorg in uw ziekenhuis weer met voldoende handen te kunnen uitvoeren, zodat *wij weer dat kunnen wat we allen hier in Noord-Nederland graag willen; een betere continuïteit en kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen en die van de hartchirurgie in het bijzonder*. Aan u wil ik deze voordracht dan ook gaarne opdragen.

Hooggeleerde Ebels,
Dat het hoogleraarschap verplichtingen inhoudt is mij bij de voorbereidingen van deze openbare les niet ontgaan. Veel van de overige consequenties heb ik reeds in de afgelopen twee jaren mogen voelen toen ik de leiding van de onderafdeling Thoraxchirurgie van je overnam. Ik kom je nu gezelschap houden teneinde de eenzaamheid aan de top voor ons beiden iets draaglijker te maken.

Zeergeleerde Grandjean en Mariani,
Wij hebben veel aan elkander te danken, meer dan anderen misschien vermoeden. Helaas heeft jullie eigen demotivatief in de gezondheidszorg je hier uit Nederland weggedreven. Het gaat jullie in Pisa nu gelukkig voor de wind en dat doet

mij deugd. Onze professionele wegen hebben zich helaas gescheiden maar niet onze professionele doelen en idealen. Laten we doorgaan met elkaar te blijven ondersteunen bij het bereiken van die doelen.

Hooggeleerde Lip, hooggeleerde Crijns en hooggeleerde van Veldhuisen,
Cardiothoracale chirurgie in Groningen is niet uit te voeren zonder jullie steun. Zonder jullie actieve inbreng in onze vele klinische studies had ik hier niet gestaan. Het is een voorrecht om met jullie en je staf te mogen samenwerken.

Hooggeleerde Koëter, zeergeleerde van der Bij, Verschueren, de Boer en Erasmus,
Longtransplantaties verrichten is minder moeilijk dan ze in leven houden. Mede dankzij jullie inspanningen kunnen wij bogen op zulke goede resultaten. Maar ook door jullie onverdroten geloof in een goede afloop, hebben wij de stormen van het jaar 2000 overleefd. Ik blijf op jullie steun rekenen.

Dames en Heren studenten,

In de academische traditie van deze universiteit was het geen gebruik studenten of vertegenwoordigers van studenten persoonlijk voor een oratie uit te nodigen. Ik heb gepoogd daarmee te breken door het bestuur van Panacea uit te nodigen. Het doet mij deugd dat u daar gebruik van heeft gemaakt. U bent immers de nieuwe dokter van de toekomst voor wie de Cardiothoracale chirurgie mogelijk ook boeiend is. Op u moeten wij immers verder bouwen.

Alvorens de rede nu eindelijk echt te beëindigen, wil ik naar goed gebruik nog enkele woorden van bijzondere dank uitspreken. Professor Homan van der Heide en Professor Eijgelaar, de paden die u in ons vakgebied met veel inzet heeft aangelegd, trachten wij iedere dag te verbreden en te verfraaien. Wij realiseren ons te weinig hoeveel moeite dat u gekost moet hebben die paden aan te leggen. Ik dank u voor uw voorbereidende pioniers werk. Ik treed nu in uw sporen en zal trachten met name de sfeer die u op onze afdeling wist te scheppen en die zo uniek is in ons wereldje, te handhaven. Immers respect voor elkaar is meer waard dan tien publicaties.

Verder wil ik nog bedanken de perfusionisten onder leiding van Ton Rijnsburger, alle verpleegkundigen en badbroeders op de verpleegafdelingen en intensive care, onder de leiding van Ruud Luiken, de intensivisten en cardio-anesthesisten onder de medische leiding van Bams, de operatieassistenten onder leiding van Marion Wieringa, de secretaresses en administratieve medewerkers onder leiding van Esther Reinhard. Tenslotte wil ik mijn zeer bijzondere dank uitspreken aan Marja de Bruin, aan onze arts-assistenten en aan mijn collega stafleden voor zover ik ze nog niet eerder genoemd heb, Waterbolk, Meuzelaar, Lübeck, Douglas, Klinkenberg en de Kroon. Op u allen blijf ik verder bouwen.

Ik heb gezegd.

Referenties;

- 1 Koomen EM, Hutten BA, Kelder JC, Redekop WK, Tijssen JG, Kingma JH. *Morbidity and mortality in patients waiting for coronary artery bypass surgery*. Eur J Cardiothorac Surg 2001 Mar; 19 (3):260-5.
- 2 WHO Health Report 2000.
- 3 Ven van der J. "Ondernemers bereid meer te betalen voor betere gezondheidszorg". Ondernemen 2001 (2):24-25.
- 4 De Brauw M. *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*. GA van Oorschot, Amsterdam. ISBN 90 282 09743.
- 5 Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist Ahlberg N. *The legal implications of medical guidelines – a Task Force of the European Society of Cardiology*. Eur Heart J. 1999; 20:1152-7.
- 6 Nauta J. *Occasio fugitiva; over de beslissing tot een operatie*. Oratie RU Leiden, 1966.
- 7 Domburg van RT. *Long-term survival and predictors of mortality in coronary heart disease*. Thesis 1998. ISBN 90-9011514-5.
- 8 Peters RJG, et al. *Guidelines for indications for coronary revascularization in The Netherlands*. Int J Cardiovasc Interventions 1999; 2: 153-62.
- 9 CTT meeting 2001; *current trends in Thoracic Surgery VII*, New Orleans, January 24-27, 2001.
- 10 <http://www.nurse.net>